

	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-018
		VERSIÓN	08
	ACTA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA Y DE MUTUO ACUERDO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN	PÁGINA:	1 de 3
		VIGENTE DESDE:	04/10/2022

CONTRATO NÚMERO: 2575/2024	FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 21 DE OCTUBRE DE 2024
----------------------------	---

CONTRATISTA: PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA	Documento de Identidad: 1013671889
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA CON AUTONOMIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA DETERMINAR CUALQUIER ALTERACIÓN QUE AFECTE LOS COMPONENTES DEL DESEMPEÑO DE LAS Y LOS NNAJ VINCULADOS AL IDIPRON.	
VALOR INICIAL: \$10.124.259 (DIEZ MILLONES CIENTO VEINTI CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS. MCTE)	
PLAZO: TRES (3) MESES	
ADICIONES EN VALOR: N/A	
PRÓRROGAS AL PLAZO: N/A	SUSPENSIONES:
FECHA DE INICIO: 24 DE OCTUBRE DEL 2024	FECHA DE TERMINACION INICIAL: 23 DE ENERO DEL 2025. FECHA DE TERMINACION ANTICIPADA: 14 DE ENERO DEL 2025
SUPERVISOR/ INTERVENTOR (ES) : MABEL CASTILLO HERNÁNDEZ	
DEPENDENCIA /No CONTRATO: GERENCIA OPERATIVA	

CONSIDERACIONES
1. Que el objeto y obligaciones del contrato fueron ejecutadas por el Contratista y recibido por el IDIPRON a entera satisfacción, tal como evidencia en la(s) certificación(es) final de cumplimiento y/o los informes de supervisión, suscrita(s) por el(los) supervisor(es) y/o Interventor(es) la(s) cual(es) hacen parte integral de la presenta acta. 2. Que la contratista PAULA CAMILA GONZÁLEZ DE LA OSSA, mediante carta con fecha del 29 de diciembre de 2024, solicita la terminación anticipada del contrato No. 2575/2024, manifestando lo siguiente: “...<i>me permito informarle mi decisión de presentar mi renuncia al puesto de terapeuta ocupacional en el IDIPRON efectiva a partir del 14 de enero de 2025. Esta decisión no ha sido fácil, ya que tengo un profundo aprecio por las experiencias y aprendizajes adquiridos durante mi tiempo en él Instituto. Sin embargo, he recibido una oferta laboral que representa un importante paso en mi desarrollo profesional y personal, y creo que es el momento adecuado para asumir este nuevo desafío.</i>” 3. Que, la supervisora del contrato realizó la verificación de los documentos la solicitud a la Gerencia de Contratación para la terminación anticipada del contrato 2575-2024. 4. Que la supervisión del contrato le fue asignada a la funcionaria MABEL CASTILLO HERNÁNDEZ a partir del 24 de octubre de 2024 y hasta la legalización de la presente acta. 5. Que, a la fecha se han realizado tres pagos a la contratista por la suma de SIETE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE (\$7.536.948), Correspondiente a los servicios prestados del 24 de octubre al 31 de diciembre de 2024. 6. Que, la contratista tiene un saldo a favor de UN MILLÓN QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$1.574.885). Correspondiente a los servicios prestados del 01 al 14 de enero de 2025. 7. Que, el valor restante, es decir, el saldo a favor de la entidad es por valor de UN MILLÓN DOCE MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE (\$1.012.426), Correspondiente a los servicios no prestados por parte de la contratista sin que ello genere algún tipo de incumplimiento por parte de esta. Que, durante el plazo de ejecución del contrato, el contratista acreditó el pago de sus obligaciones frente a los Sistemas de Seguridad Social Integral y parafiscales cuando a ello hubo lugar, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, en concordancia con la Ley 828 del 10 de julio de 2003 y demás normas complementarias, según la certificación de cumplimiento y/o informe final de supervisión, suscrita(s) por el(los) supervisor(es) y/o Interventor(es) la(s) cual(es) hacen parte integral de la presenta acta.

SITUACIÓN PRESUPUESTAL Y FINANCIERA (Se debe incluir tantas filas como CDP y CRP) existan.						
Número del Rubro	No. CDP	Vigencia	Valor Total del CDP	No. CRP	Vigencia	Valor Total del CRP
O230117410220240037	4071	2024	10.124.259	4076	2024	10.124.259

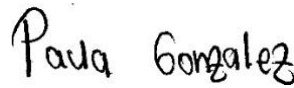
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-018
		VERSIÓN	08
	ACTA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA Y DE MUTUO ACUERDO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN	PÁGINA:	1 de 3
		VIGENTE DESDE:	04/10/2022

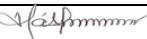
CONTRATO NÚMERO: 2575/2024	FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 21 DE OCTUBRE DE 2024
----------------------------	---

BALANCE FINANCIERO		
	VALOR EJECUTADO	VALOR PACTADO (minuta y/o adición)
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 10.124.259	\$ 10.124.259
VALOR ADICIONADO -(cuando aplique)-	\$ 0	\$ 0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 10.124.259	\$ 10.124.259
ANTICIPO: -(cuando aplique)-	\$ 0	
PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA:	\$ 7.536.948	
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA: -(cuando aplique)-	\$ 1.574.885	
SALDO A RESTANTE (Valor restante para Reintegro):	\$ 1.012.426	
VALOR FINAL DEL CONTRATO: -(sumas iguales en las dos columnas)	\$ 10.124.259	\$ 10.124.259

ANOTACIONES FINALES

1. Terminar y liquidar de mutuo acuerdo el contrato N° 2575-2024, suscrito entre PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA y el IDIPRON.
2. El presente documento ha sido estudiado, revisado y aprobado en la Gerencia de Contratación
3. Remítase la presente acta a la Gerencia Financiera para que proceda con el pago al contratista por valor de UN MILLÓN QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$1.574.885).
4. Remítase la presenta acta a la Gerencia Financiera para que proceda con la liberación a favor de la entidad correspondiente a la suma de UN MILLÓN DOCE MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE (\$1.012.426).
4. Las partes conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de estipulaciones contenidas en el presente documento.
5. Igualmente, la contratista se responsabiliza ante terceros por cualquier queja y/o reclamación que estos presentan directa o indirectamente contra el IDIPRON en virtud de lo contratado en el acto jurídico que se liquida en el presente documento
6. Con fundamento en todo lo anterior, el Ordenador del Gasto procede a suscribir el presente documento
7. En constancia de lo anterior las partes manifiestan libre, espontánea y voluntariamente, que aceptan la liquidación del contrato a partir de la fecha de suscripción de la presente acta y se liberan mutuamente de cualquier otra obligación que pueda derivarse del contrato en mención declarándose PAZ Y SALVO por todo concepto. Sin perjuicio de las obligaciones derivadas de los amparos de las pólizas que se encuentran vigentes a la fecha de la suscripción de la presente:13/01/2025

	(Firma)	
JAVIER PALACIOS TORRES Director General Ordenador del Gasto		PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA Contratista
(Firma)		(Firma)
LINA MARCELA FLOREZ CARDENAS Gerente de Contratación		MABEL CASTILLO HERNÁNDEZ PROFESIONAL UNIVERSITARIO 219 Grado 03 Supervisora de Contrato

Proyectó: Mabel Castillo Hernández 

Revisó: Administrador del proyecto, Juan Manuel Rodríguez 

Revisó: Ricardo Tautiva -Abogado Contratista STLP- 

Revisó: Sebastian Lozano Sanchez / Gerencia de Contratación 

Revisó: Cesar Mora Ramirez / Gerencia de Contratación 

ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HAN ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGEN

	GESTIÓN CONTRACTUAL		CÓDIGO	A-GCO-FT-015
			VERSIÓN	07
	SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN DE MODIFICACIONES DE CONTRATOS O CONVENIOS		PÁGINA	1 de 4
			VIGENTE DESDE	28/05/2024

Fecha solicitud de modificación	02	de	01	de	2025
Fecha de Recibido en Gerencia de Contratación:	14/01/2025			Nombre y Firma:	SEBASTIAN LOZANO

1. DATOS GENERALES					
CONTRATO O CONVENIO N°	2575/2024		Proyecto No:	7755	
FECHA DEL CONTRATO O CONVENIO	21/10//2024				
TIPO DE CONTRATO O CONVENIO:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS				
SUPERVISOR(A):	MABEL CASTILLO HERNANDEZ			52017452	
CARGO DEL SUPERVISOR(A):	PROFESIONAL UNIVERSITARIO				
CONTRATISTA:	PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA				
IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA:	1013671889				
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA CON AUTONOMIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA DETERMINAR CUALQUIER ALTERACIÓN QUE AFECTE LOS COMPONENTES DEL DESEMPEÑO DE LAS Y LOS NNAJ VINCULADOS AL IDIPRON.				
VALOR INICIAL:	\$10.124.259 (DIEZ MILLONES CIENTO VEINTI CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS. MCTE)				
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:	TRES (3) MESES				
FECHA DE ACTA DE INICIO:	24	de	10	De	2024
FECHA DE FINALIZACIÓN:	23	de	01	de	2025

2. MODIFICACIONES ANTERIORES (Son las modificaciones que se han suscrito durante la ejecución- (Si no ha tenido modificaciones indicar N/A)
PRÓRROGA: N/A
ADICIÓN: N/A
SUSPENSIÓN: N/A
OTROSÍ: N/A
CESIÓN: N/A

3. INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD					
El presente documento tiene por objeto solicitar una		TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN			
PRÓRROGA					
Tiempo		N/A			
ADICIÓN					
Valor (\$)		N/A			
N° CDP SOLICITADO PARA LA ADICIÓN (Si aplica)	CÓDIGO PRESUPUESTAL	CONCEPTO		VALOR	
N/A	N/A	N/A		N/A	
PORCENTAJE DEL VALOR DE LA ADICIÓN, INCLUYENDO LAS ANTERIORES SI LA HUBIERA CON RESPECTO AL CONTRATO INICIAL (diligenciar solo en caso de adición)					
Valor inicial del contrato	N/A	Valor Total adiciones	N/A	Porcentaje Adiciones	N/A
MODIFICACIONES					
Cláusula N°		Descripción			
N/A		N/A			
CESIONES:					
Datos del Cesionario					

	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-015
		VERSIÓN	07
	SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN DE MODIFICACIONES DE CONTRATOS O CONVENIOS	PÁGINA	2 de 4
		VIGENTE DESDE	28/05/2024

Nombre:				N/A					
No. y Tipo de Documento de Identidad:				N/A					
SUSPENSIÓN									
DESDE					HASTA				
N/A	De	N/A	de	N/A	N/A	De	N/A	de	N/A
TERMINACIÓN ANTICIPADA									
A PARTIR DE:									
15	De	01	de	2025					

NUEVO VALOR DEL CONTRATO: (tener en cuenta la adición solicitada y los antecedentes del contrato, si aplica)	N/A				
NUEVO PLAZO FINAL DEL CONTRATO (incluidas todas las prórrogas, si aplica)	N/A				
NUEVA FECHA FINAL DEL CONTRATO (incluidas todas las prórrogas y suspensiones, si aplica)	14	de	01	de	2025

4. MOTIVO DE LA MODIFICACIÓN SOLICITADA	
Justificación:	De conformidad con lo estipulado en el artículo 40 de la Ley 80 de 1993, el cual señala en uno de sus apartes: “En los contratos que celebren las entidades estatales podrán incluirse las modalidades, condiciones y, en general, las cláusulas o estipulaciones que las partes consideren necesarias y convenientes, siempre que no sean contrarias a la Constitución, la ley, el orden público y a los principios y finalidades de esta ley y a los de la buena administración”, la Entidad requiere realizar la presente modificación contractual, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: Que, mediante comunicación escrita del 29 de diciembre, la contratista PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA, solicita a la supervisora del contrato MABEL CASTILLO HERNÁNDEZ, la terminación anticipada del contrato No. 2575/2024, manifestando lo siguiente: “...me permito informarle mi decisión de presentar mi renuncia al puesto de terapeuta ocupacional en el IDIPRON efectiva a partir del 15 de enero de 2025. Esta decisión no ha sido fácil, ya que tengo un profundo aprecio por las experiencias y aprendizajes adquiridos durante mi tiempo en él Instituto. Sin embargo, he recibido una oferta laboral que representa un importante paso en mi desarrollo profesional y personal, y creo que es el momento adecuado para asumir este nuevo desafío.” Que en la CLÁUSULA TERCERA – VALOR, del contrato, se estableció: “Para todos los efectos legales y fiscales el valor total del presente contrato es por la suma de \$10.124.259 (DIEZ MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS. MCTE)”. Que en la CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO, del contrato, se indicó: “(...) El valor del presente contrato, se cancelará en periodos fijos, mensualidades vencidas, o proporcional al tiempo de servicio prestado en el mes, con corte al día 30 de cada mes; valor que se pagará dentro de los 10 días hábiles siguientes al corte del mes, los cuales serán contados a partir de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: TRES MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS. MCTE (\$3.374.753), la cual se hará efectiva previa presentación del informe de actividades del periodo correspondiente, certificación para pago, de supervisión e interventoría expedida por el supervisor del contrato y acreditación del pago de aporte al SGSS para el régimen contributivo. Que se han realizado a la fecha los siguientes pagos: Que, a la fecha se han realizado tres pagos a la contratista por la suma de SIETE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE (\$7.536.948), Correspondiente a los servicios prestados del 24 de octubre al 31 de diciembre de 2024. Que, la contratista tiene un saldo a favor de UN MILLÓN QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$1.574.885). Correspondiente a los servicios prestados del 01 al 14 de enero de 2025.

Que, el valor restante, es decir, el saldo a favor de la entidad es por valor de UN MILLÓN DOCE MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE (\$1.012.426), Correspondiente a los servicios no prestados por parte de la contratista sin que ello genere algún tipo de incumplimiento por parte de esta.

Que a la fecha el balance financiero del contrato es:

BALANCE FINANCIERO		
	VALOR EJECUTADO	VALOR PACTADO (minuta y/o adición)
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 10.124.259	\$ 10.124.259
VALOR ADICIONADO -(cuando aplique)-	\$ 0	\$ 0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 10.124.259	\$ 10.124.259
ANTICIPO: -(cuando aplique)-	\$ 0	
PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA:	\$ 7.536.948	
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA: -(cuando aplique)-	\$ 1.574.885	
SALDO A RESTANTE (Valor restante para Reintegro):	\$ 1.012.426	
VALOR FINAL DEL CONTRATO: -(sumas iguales en las dos columnas)	\$ 10.124.259	\$ 10.124.259

Que, con ocasión de lo manifestado anteriormente, la supervisión del contrato 2575-2024, considera viable y pertinente la terminación anticipada solicitada; teniendo en cuenta la justificación del contratista a partir del 15 de Enero de 2025, siendo la nueva fecha de terminación del contrato el 14 de enero de 2025.

LA PRESENTE MODIFICACIÓN NO GENERA NINGUNA CLASE DE COSTOS ADICIONALES O SOBRECOSTOS PARA LAS PARTES CONTRATANTES, Y POR LO TANTO, NO DARÁ LUGAR A RECLAMACIONES DE NINGUNA NATURALEZA.

5. ANEXOS: A continuación, se relacionan los documentos que deben aportarse de acuerdo con el tipo de modificación que se solicita.

TIPO DE MODIFICACIÓN	DOCUMENTOS A ANEXAR	VERIFICACIÓN DE ANEXOS	
		SI	NO
	- CDP Original		
ADICIÓN	- Cotizaciones y/o estudios de mercado (si aplica)		
	- Documento soporte de estar al día en seguridad social.		
	- Cámara de Comercio Actualizada (máximo 90 días) para personas jurídicas o naturales con establecimientos de comercio.		
	- Estado de ejecución presupuestal expedido por área de presupuesto.		
PRÓRROGA	- Documento soporte de estar al día en seguridad social.		
	- Cámara de Comercio Actualizada (máximo 90 días) para personas jurídicas o naturales con establecimientos de comercio.		
	- Estado de ejecución presupuestal expedido por área de presupuesto.		
OTRO SI	- Documento soporte de estar al día en seguridad social.		
	- Cámara de Comercio Actualizada (máximo 90 días) para personas jurídicas o naturales con establecimientos de comercio.		
	- Estado de ejecución presupuestal expedido por área de presupuesto.		
CESIÓN	- Documentos del Contratista relacionados en el formato A-GCO-FT- 011 ó A-GCO-FT-014 (según caso).		
	- Certificación de Idoneidad		
	- Carta de Solicitud del Contratista.		
SUSPENSIÓN	- Carta de solicitud del contratista		

	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-015
		VERSIÓN	07
	SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN DE MODIFICACIONES DE CONTRATOS O CONVENIOS	PÁGINA	4 de 4
		VIGENTE DESDE	28/05/2024

TERMINACIÓN ANTICIPADA	- Documento que soporta la solicitud (cuando aplique)		
	- Documento soporte de estar al día en seguridad social.		
	- Cámara de Comercio Actualizada (máximo 90 días) para personas jurídicas o naturales con establecimientos de comercio.		
	- Solicitud del Contratista.	X	
	- Documento que soporta la solicitud (cuando aplique)	X	
	- Estado de ejecución presupuestal expedido por área de presupuesto.	X	
	- Documento soporte de estar al día en seguridad social.	X	
	- Certificación final de Cumplimiento debidamente suscrita por el Supervisor.		
	-Acta de terminación anticipada y liquidación de mutuo acuerdo.		

TODAS LAS MODIFICACIONES SOLICITADAS POR EL SUPERVISOR, DEBEN TRAER ANEXA LA COPIA DEL ACTA DE INICIO.

SUPERVISOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)
 FIRMA NOMBRE: MABEL CASTILLO HERNÁNDEZ Cargo: Profesional Universitario Código 219 Grado 03 NOMBRE DE UNIDAD, ÁREA O DEPENDENCIA: GERENCIA OPERATIVA TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO: 3205172259 – mabel.castillo@idipron.gov.co	 FIRMA NOMBRE: CARGO O No. DE CONTRATO: NOMBRE DE UNIDAD, ÁREA O DEPENDENCIA: TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO:

DECLARACIÓN: Como supervisor certifico que la presente modificación está conforme a las obligaciones pactadas en el contrato y persiguen los fines de la contratación.

Vo.Bo Gerente de Proyecto (E): Olga Mireya Quiche González 
Vo.Bo Administrador del Proyecto: Juan Manuel Rodríguez 
Revisó: Ricardo Tautiva- Abogado Contratista STLP- 
Proyectó: Mabel Castillo Hernández – Profesional Universitario 219 Grado 03 

Paula Camila Gonzalez De La Ossa
gonzalezterapeutaocupacional@gmail.com

3144919731

Diciembre 29 de 2024

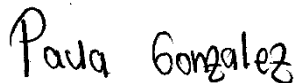
IDIPRON

Estimada Mabel Castillo Hernández
Supervisora de contrato
Profesional universitario Código 219-03

Por medio de la presente, me permito informarle mi decisión de presentar mi renuncia al puesto de terapeuta ocupacional, el cual llevo ejerciendo desde octubre del 2023, con un contrato de terminación hasta el 23 de enero de 2025, solicito la terminación del contrato efectiva a partir del 15 de Enero de 2024.

Esta decisión no ha sido fácil, ya que tengo un profundo aprecio por las experiencias y aprendizajes adquiridos durante mi tiempo en él instituto. Sin embargo, he recibido una oferta laboral que representa un importante paso en mi desarrollo profesional y personal, y creo que es el momento adecuado para asumir este nuevo desafío.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento por el apoyo, la confianza y las oportunidades que se me han brindado durante mi tiempo aquí. He aprendido y crecido mucho gracias al trabajo en equipo. Espero poder mantener una relación positiva con IDIPRON en el futuro, y quedo a disposición para cualquier comunicación posterior si la situación lo requiere.



Atentamente,

Paula Camila Gonzalez De La Ossa
Terapeuta Ocupacional

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INSTRUMENTO PARA LA PROMOCIÓN DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-005
		VERSIÓN	06
	CERTIFICACIÓN FINAL DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	PÁGINA	1 de 1
		VIGENTE DESDE	04/10/2022

EL SUSCRITO SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DEL CONTRATO
No. 2024/2575 de 21/10/2024

CERTIFICA:

Que el INSTITUTO DISTRITAL PARA LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD - IDIPRON y PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA suscribieron el contrato No. 2024/2575 de 21/10/2024 cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA CON AUTONOMIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA DETERMINAR CUALQUIER ALTERACIÓN QUE AFECTE LOS COMPONENTES DEL DESEMPEÑO DE LAS Y LOS NNAJ VINCULADOS AL IDIPRON, para ser ejecutado en un plazo de TRES (3 MESES) por valor de \$10.124.259 (DIEZ MILLONES CIENTO VEINTI CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS. MCTE).

Que el contrato inició su ejecución el día 24 del mes octubre del 2024.

Que el valor total del contrato es por la suma de: (DIEZ MILLONES CIENTO VEINTI CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS. MCTE) \$10.124.259.

Que el valor final del contrato es por la suma de NUEVE MILLONES CIENTO ONCE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$9.111.833). y su terminación tuvo ocurrencia el 14 de enero de 2025 por motivos de terminación anticipada.

Que el objeto y obligaciones contratadas fueron realizadas por el contratista y recibido por el IDIPRON a entera satisfacción.

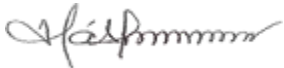
Que, durante el plazo de ejecución del contrato, el contratista acreditó el pago de sus obligaciones frente a los Sistemas de Seguridad Social Integral y Parafiscales cuando a ello hubo lugar, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, en concordancia con la Ley 828 del 10 de julio de 2003 y demás normas complementarias.

Que, los pagos efectuados a la contratista corresponden a la suma de: Siete millones quinientos treinta y seis mil novecientos cuarenta y ocho pesos M/CTE (\$7.536.948).

Que el saldo a favor del contratista corresponde a la suma de: Un millón quinientos setenta y cuatro mil ochocientos ochenta y cinco pesos M/CTE (\$1.574.885), correspondientes a los honorarios del 1 al 14 de enero de 2025.

Que el saldo a liberar corresponde a la suma de: Un millón doce mil cuatrocientos veintiséis pesos M/CTE (\$1.012.426).

La presente certificación se expide en Bogotá D.C 14/01/2025.

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (En caso de aplicar)
 FIRMA NOMBRE: MABEL CASTILLO HERNANDEZ CARGO PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219 GRADO 03 NOMBRE DE UNIDAD, ÁREA O DEPENDENCIA: Gerencia Operativa TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO: 601 3779997 Ext.3011 mabel.castillo@idipron.gov.co	 FIRMA NOMBRE: CARGO O No. DE CONTRATO:

ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HAN ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIARLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. Y EN EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL ACTA, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS Y TODO DOCUMENTO.



Instituto Distrital
PROTECCION
DE LA NIÑEZ Y
LA JUVENTUD

ALCALDIA MAYOR SANTA FE DE BOGOTA

Listados de comprobantes que afectaron al comprobante:

Tipo: DIS
Número: 2024004071
Fecha: 07/10/2024
Valor: 10,124,259

Rubro: O2301174102003702052 7755 - Prevención, Atención y Protección integral a Niñez, Adolescencia y
1-100- Juventud en formas de exclusión extrema asociados al Fenómeno de
F001 habitabilidad en calle Bogotá D.C. En situacion de vida en calle -
200991119 RECURSOS DISTRITO / Otros servicios de la adminis

Valor: 7,933,369

Tipo documento	Número	Fecha	Descripción	Tercero	Valor Documento
RES	2024004076	23/10/2024	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	7,933,369.00
Total Afectaciones					7,933,369.00
Saldo DIS					0.00
COM	241115290	01/11/2024	PRIMER PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA CON AUTONOMIA TECNICA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PROYECTO 7755 PERIODO DEL 24 AL 30 DE OCTUBRE DE 2024 PAC NOVIEMBRE	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	617,040.00
COM	241217446	03/12/2024	SEGUNDO PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA PARA DETERMINAR CUALQUIER ALTERACION QUE AFECTE LOS NNAJ PROYECTO 7755 PERIODO MES NOVIEMBRE DE 2024 PAC DICIEMBRE	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	2,644,457.00
COM	241218688	26/12/2024	TERCER PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA PARA DETERMINAR CUALQUIER ALTERACION QUE AFECTE LOS NNAJ PROYECTO 7755 PERIODO MES DICIEMBRE DE 2024 PAC DICIEMBRE	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	2,644,457.00
Total Afectaciones					5,905,954.00
Saldo RES					2,027,415.00
EGR	20241116892	06/11/2024	O.P No. 241115290-PRIMER PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA CON AUTONOMIA TECNICA ADMINI	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	617,040.00
EGR	20241218799	05/12/2024	O.P No. 241217446-SEGUNDO PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA PARA DETERMINAR CUALQUIER A	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	2,644,457.00
Total Afectaciones					3,261,497.00
Saldo COM					0.00

Rubro: O2301174102003706045 7755 - Prevención, Atención y Protección integral a Niñez, Adolescencia y
1-100- Juventud en formas de exclusión extrema asociados al Fenómeno de
F001 habitabilidad en calle Bogotá D.C. - Victimas en riesgo de ESCNNA -
200991119 RECURSOS DISTRITO / Otros servicios de la admini

Valor: 1,953,982

Tipo documento	Número	Fecha	Descripción	Tercero	Valor Documento
RES	2024004076	23/10/2024	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	1,953,982.00
Total Afectaciones					1,953,982.00
Saldo DIS					0.00
COM	241115290	01/11/2024	PRIMER PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA CON AUTONOMIA TECNICA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PROYECTO 7755 PERIODO DEL 24 AL 30 DE OCTUBRE DE 2024 PAC NOVIEMBRE	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	151,976.00

Listados de comprobantes que afectaron al comprobante:

Tipo: DIS
Número: 2024004071

COM	241217446	03/12/2024	SEGUNDO PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA PARA DETERMINAR CUALQUIER ALTERACION QUE AFECTE LOS NNAJ PROYECTO 7755 PERIODO MES NOVIEMBRE DE 2024 PAC DICIEMBRE	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	651,327.00
COM	241218688	26/12/2024	TERCER PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA PARA DETERMINAR CUALQUIER ALTERACION QUE AFECTE LOS NNAJ PROYECTO 7755 PERIODO MES DICIEMBRE DE 2024 PAC DICIEMBRE	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	651,327.00

Total Afectaciones 1,454,630.00
Saldo RES 499,352.00

EGR	20241116892	06/11/2024	O.P No. 241115290-PRIMER PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA CON AUTONOMIA TECNICA ADMINI	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	151,976.00
EGR	20241218799	05/12/2024	O.P No. 241217446-SEGUNDO PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA PARA DETERMINAR CUALQUIER A	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	651,327.00

Total Afectaciones 803,303.00
Saldo COM 0.00

Rubro: O2301174102003707038 7755 - Prevención, Atención y Protección integral a Niñez, Adolescencia y Juventud en formas de exclusión extrema asociados al Fenómeno de habitabilidad en calle Bogotá D.C. - En conflicto con la ley - RECURSOS DISTRITO / Otros servicios de la administrac
1-100-
F001
200991119
Valor: 236,908

Tipo documento	Número	Fecha	Descripción	Tercero	Valor Documento
RES	2024004076	23/10/2024	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	236,908.00

Total Afectaciones 236,908.00
Saldo DIS 0.00

COM	241115290	01/11/2024	PRIMER PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA CON AUTONOMIA TECNICA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PROYECTO 7755 PERIODO DEL 24 AL 30 DE OCTUBRE DE 2024 PAC NOVIEMBRE	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	18,426.00
COM	241217446	03/12/2024	SEGUNDO PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA PARA DETERMINAR CUALQUIER ALTERACION QUE AFECTE LOS NNAJ PROYECTO 7755 PERIODO MES NOVIEMBRE DE 2024 PAC DICIEMBRE	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	78,969.00
COM	241218688	26/12/2024	TERCER PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA PARA DETERMINAR CUALQUIER ALTERACION QUE AFECTE LOS NNAJ PROYECTO 7755 PERIODO MES DICIEMBRE DE 2024 PAC DICIEMBRE	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	78,969.00

Total Afectaciones 176,364.00
Saldo RES 60,544.00

EGR	20241116892	06/11/2024	O.P No. 241115290-PRIMER PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA CON AUTONOMIA TECNICA ADMINI	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	18,426.00
EGR	20241218799	05/12/2024	O.P No. 241217446-SEGUNDO PAGO CCS 20242575 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GERENCIA OPERATIVA PARA DETERMINAR CUALQUIER A	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CA	78,969.00

Total Afectaciones 97,395.00
Saldo COM 0.00

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013671889	PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA		Cra 61 H N 52-49 sur Apto 101	9354117	paula16sf31@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-01	2025-01	I	02/01/2025	83058974	TOTAL A PAGAR \$205.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	83.100	0		0		0	0	0	0	83.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	106.300	0	0	0	0	0	0		106.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	16.200				16.200	0	0	16.200			162	16.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	83.100	83.100
Pensión	1	106.300	106.300
Riesgos Laborales	1	16.200	16.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	205.600	205.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013671889	PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA		Cra 61 H N 52-49 sur Apto 101	9354117	paula16sf31@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-01	2025-01	I	02/01/2025	83058974	10
					TOTAL A PAGAR
					\$205.600

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIL	IOE	MAA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1013671889	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CAMILA	59	0		N		X																230301	664.300	106.300	0	0		0	0	EPS017	664.300	83.100	14-23	664.300	3	16.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013671889	PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA		Cra 61 H N 52-49 sur Apto 101	9354117	paula16sf31@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	82493515	\$417.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	168.800	0		0		0	0	0	0	168.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	216.000	0	0	0	0	0	0		216.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	32.900				32.900	0	0	32.900			329	32.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	168.800	168.800
Pensión	1	216.000	216.000
Riesgos Laborales	1	32.900	32.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	417.700	417.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013671889	PAULA CAMILA GONZALEZ DE LA OSSA		Cra 61 H N 52-49 sur Apto 101	9354117	paula16sf31@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	82493515	\$417.700
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN							
1	CC	1013671889	GONZALEZ DE LA OSSA PAULA CAMILA	59	0			N																230301	1.349.902	216.000	0	0	0	0	EPS017	1.349.902	168.800	14-23	1.349.902	3	32.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA